

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

Jméno a příjmení:..... RČ:..... ZP: .....

Trvalé bydliště:.....

Příspěvek na péči:  ANO, Kč: .....  NE – žádost byla podána: .....

**Kontaktní osoba:** ..... Příbuzenský poměr: .....

Bydliště: ..... Telefon: .....

Další kontaktní údaje: .....

**Jméno a adresa praktického lékaře:** .....

Cíl hospitalizace: .....

**K přijetí je nutno si vzít OP a kartičku zdravotní pojišťovny, základní hygienické potřeby, pohodlné boty s pevnou patou.**

### SOUHLASÍ / JE INFORMOVÁNA RODINA ČI PACIENT S UMÍSTĚNÍM NA ONP

ANO  NE

**Závazné prohlášení pacienta či příbuzných: Jsme si vědomi, že žádáme o léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož po ukončení léčby (zhojení či stabilizaci zdravotního stavu, kdy dalším pobytem nebude možné docílit zlepšení zdravotního stavu), bude nemocný propuštěn do domácí péče.**

ANO  NE

.....  
podpis pacienta (příbuzného)

Informace o pacientovi				
1.	Nají se	sám	ano	ne
		s pomocí	ano	ne
2.	Posadí se na lůžku	sám	ano	ne
		s pomocí	ano	ne
3.	Pohybuje se mimo lůžko	sám	ano	ne
		s pomocí	ano	ne
4.	Zvládá osobní hygienu	sám	ano	ne
		s pomocí	ano	ne
5.	<b>Hmotnost:</b>	<b>Výška:</b>		
6.	Poslední hospitalizace:		od:	do:
	kde: _____	kdy: _____		
7.	používá hůl / berle / chodítka	vezme si s sebou	ano / ne	ano / ne
8.	Pohybuje se na vozíku	vezme si s sebou	ano / ne	ano / ne
9.	Trpí nespavostí		ano	ne
10.	Má poruchy paměti a orientace		ano	ne

11.	Má stavy noční zmatenosti	ano	ne		
12.	Pomocuje se (inkontinence moče)	ano	ne		
13.	Má zavedený permanentní močový katetr	ano	ne		
14.	Udrží stolici (kontinence stolice)	ano	ne		
15.	Používá plenkové kalhotky / vložky	ano	ne		
16.	Má zavedenou periferní žilní katetr / CŽK (nehodící se škrtně)	ano	ne		
17.	Má poruchu sluchu (nedoslýchá)	ano	ne		
18.	Používá sluchadlo	ano / ne	vezme si s sebou	ano / ne	
19.	Je schopen/a slovní	ano / ne	písemné komunikace	ano / ne	
20.	Má dekubity / jiné kožní defekty	jaké:		ano	ne
21.	Byl proveden screening MRSA	Uvést do zprávy		ano	ne
22.	Má podanou žádost do domova pro seniory, na oddělení sociální péče, či do jiného ne zdravotnického zařízení?	Uveďte adresu:		ano	ne

### Zdravotní indikace k přijetí na ONP (vyplní ošetřující lékař)

--

### Terapie (vyplní ošetřující lékař)

--

**Prohlášení:** U nemocného *neprobíhá t.č. infekční onemocnění* (střevní - *Clostridie*, TBC, kožní - *MRSA* aj.), nemocný/á netrpí duševní chorobou s projevy výrazného neklidu a jednáním nebezpečným sobě a okolí.

Pacient se překládá s kompletní lékařskou a ošetřovatelskou překládovou zprávou. Při přijetí z domácí péče (jen ve výjimečných případech) je zapotřebí výpis ze zdravotní dokumentace od PL, případně sesterskou zprávou při již zavedené službě Home Care.

### Žádost na ONP podává oddělení ZZ / praktický lékař (nehodící se škrtně):

Oddělení / lékař:	Podpis lékaře:	Telefon:	Datum:

Datum:	Podpis:	Oddělení (ONP I. – V.):	Stav žádosti (vyřízena, pozastavena, zrušena):